

8XXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
#999999999 *
バーコード

保険者	8XXXXXXXX
	10XXXXXXXXXX

兵庫県後期高齢者医療広域連合

高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費
の支給申請について(お知らせ)

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者の方は、医療保険と介護保険の自己負担額の合計が一定の基準額を超えたため、下記のとおりその超えた額が支給対象となっています。

つきましては、同封の申請書類に記入のうえ、必要書類を添付し、「返信用封筒」に入れてご返送いただくか、市(区)町の後期高齢医療担当窓口に申請してくださいますようお願いいたします。

当支給は申請月から3～4か月後を目途に、「医療保険支給分」は広域連合より、「介護保険支給分」は市(区)町の介護保険担当課より、ご指定の口座に振込いたします。

なお、今回のご案内は、診療報酬明細書等をもとに2XZ9年Z9月Z9日時点で確認できた支給額です。今後、振込する時点で、支給額が変更になる場合がありますので、ご了承ください。

計算対象期間		2X Z9 年 Z9 月 ～		2X Z9 年 Z9 月	
被保険者氏名	後期高齢者保険者番号	後期高齢者被保険者番号	介護保険者番号	介護被保険者番号	
	医療負担額	医療支給額(見込)	介護負担額	介護支給額(見込)	
◎ 10XXXXXXXXXX	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	6XXXXXX	10XXXXXXXXXX	
	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	
◎ 10XXXXXXXXXX	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	6XXXXXX	10XXXXXXXXXX	
	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	
◎ 10XXXXXXXXXX	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	6XXXXXX	10XXXXXXXXXX	
	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	
◎ 10XXXXXXXXXX	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	6XXXXXX	10XXXXXXXXXX	
	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	
◎ 10XXXXXXXXXX	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	6XXXXXX	10XXXXXXXXXX	
	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	
計	① ¥X,XXX,XXX	② ¥X,XXX,XXX	③ ¥X,XXX,XXX	④ ¥X,XXX,XXX	

自己負担額の合計(①+③)	基準額	支給額の合計(見込)(②+④)
¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX	¥X,XXX,XXX

注意事項

- ※「支給額の合計(見込)」は、医療保険及び介護保険の世帯全員分の支給見込額の合計です。
- ※ 計算対象期間内に福祉医療制度の助成を受けていた方は、高額介護合算療養費からその助成額を差し引くこととなりますが、支給額を振込する時点まで福祉医療制度の助成額が確定しないため、「医療負担額」、「医療支給額(見込)」、「自己負担額の合計」および「支給額の合計(見込)」は「*」(アスタリスク表示)としています。
- ※「被保険者氏名」の左横の「◎」は計算対象期間内に被保険者資格を喪失された方、「○」は老齢福祉年金受給者の方を表しています。
- ※ このお知らせが緑色の用紙である世帯については、「◎」がついている方のみ支給対象となります。
- ※ このお知らせが届いた日の翌日から2年以内に申請してください。2年が経過した後は、時効のため申請できなくなりますのでご注意ください。

◆ 問い合わせ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合 給付課(コールセンター) 078-326-2023

